

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

258

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juillet 1891, à 1 heure

Par ÉDOUARD TOULOUSE

Né à Marseille, le 10 décembre 1865

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA MÉLANCOLIE SÉNILE
CHEZ LA FEMME

Président : M. BOUGHARD, professeur.

*Juges : MM. } BROUARDEL, professeur.
 } QUINQUAUD, CHANTEMESSE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

255

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juillet 1891, à 1 heure

Par ÉDOUARD TOULOUSE

Né à Marseille, le 10 décembre 1865

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA MÉLANCOLIE SÉNILE
CHEZ LA FEMME

Président : M. BOUCHARD, professeur.

Juges : MM. { BROUARDEL, professeur.
QUINQUAUD, CHANTEMESSE, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUD.
Thérapeutique et matière médicale.	REGNAULD.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTENESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTNER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émise dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LA MÉLANCOLIE SÉNILE
CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

Ce travail est un chapitre des psychoses séniles.

Dans le cours de notre étude nous n'avons pas envisagé la mélancolie comme une entité morbide, mais comme un syndrome, pouvant aussi bien constituer ce qu'on est convenu d'appeler une psychose pure que former un simple élément symptomatique dans une lésion organique du cerveau ou dans le cours d'une intoxication. En effet quelques-unes de nos observations ont été prises chez des malades présentant des lésions circonscrites de l'encéphale et chez des alcooliques. En agissant ainsi, nous pensons être dans la bonne voie de la pathologie mentale, qui, peu instruite encore sur les causes prochaines et l'anatomie pathologique des diverses formes de folie, doit se contenter de grouper celles-ci selon leurs caractères cliniques, tout extérieurs.

Différencier aujourd'hui les psychopathies d'une façon rigoureuse et essentielle, c'est s'exposer à créer des catégories vides de sens et purement métaphysiques.

C'est bien ce que pensait Morel, lorsqu'il avertissait ses lecteurs que, pour lui, manie et mélancolie n'étaient que deux symptômes, signifiant un certain état d'excitation et un certain état de dépression par lesquels pouvaient passer les aliénés.

Nous avons choisi le titre de mélancolie sénile et non celui de mélancolie des vieillards parce que, ainsi que nous l'expliquerons tout au long plus loin, nous établissons une distinction entre la vieillesse et la sénilité. Il nous semble que le sens du premier terme est plus large que celui du second. Si la vieillesse est une conséquence fatale de l'âge, la sénilité en est un accident, très fréquent il est vrai ; mais les deux états ne sont point liés ensemble par un synchronisme obligé. L'un est un mot vague, qui signifie surtout une longue existence tandis que l'autre représente quelque chose de plus, une déchéance organique, plus ou moins précoce. Nous essayerons de prouver que sous cette différence de vocable, il y a aussi une différence d'états sur laquelle repose l'idée principale de notre travail.

Enfin, nous avons choisi les femmes, comme sujets de nos recherches, parce que la ménopause est chez elles un élément de division, naturel et facile, entre l'âge mur et l'âge de déclin qui est la vieillesse. Étant en outre interne dans un service d'aliénées, il nous était plus commode d'observer ces dernières. Mais il est certain que notre travail eût été plus complet s'il avait

porté sur des malades des deux sexes. Cependant nous pensons que ce que nous dirons des femmes peut s'appliquer en grande partie aux hommes; car en pathologie mentale, ainsi qu'en pathologie générale, les descriptions sont, sans trop d'inconvénients, les mêmes pour les uns et pour les autres.

Toutes les observations contenues dans notre thèse, nous les avons prises dans le service du D^r Bouchereau, à Sainte-Anne. C'est notre maître qui nous a soutenu de ses sages conseils, fruit d'une très longue expérience d'aliéniste, dans l'élaboration de notre travail. Nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour l'aide éclairé qu'il nous a accordé en cette circonstance et aussi pour l'affectueuse bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous adressons en même temps à M. le D^r Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, l'expression de nos plus sincères remerciements pour les premières leçons qu'il nous a données en aliénation mentale. Il a été notre initiateur en psychiatrie; nous lui devons beaucoup.

Nous offrons à tous nos maîtres des hôpitaux de Marseille, MM. les professeurs Combalat, Magail, Laget, Fallot, et MM. les D^{rs} Trastour, Flavard, Coste et Nicolas, l'assurance de notre profonde gratitude pour le précieux enseignement que nous avons reçu d'eux.

Que M. le professeur Bouchard veuille bien croire à notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les psychoses séniles, et en particulier la mélancolie des vieillards, ont été peu étudiées jusqu'à ce jour. C'est à peine si l'on en trouve quelques courtes mentions dans les auteurs classiques.

Esquirol disait que cette maladie ne se montre presque plus au delà de 50 ans. Cependant il cite un homme âgé de 75 ans, qui « avait une mélancolie compliquée de manie ».

Georget pensait de même en affirmant que les genres de folie autres que la démence sénile étaient très rares dans la vieillesse.

Griesinger assure que la démence sénile n'est pas la seule forme mentale que l'on observe chez les vieillards ; mais il ne publie aucun fait.

Ce fut Brierre de Boismont, qui, un des premiers, rapporta une observation de mélancolie franche chez une femme de 66 ans.

Morel énonce à peu près la même opinion qu'Esquirol, admet comme lui la diminution des cas d'aliénation mentale, après la cinquantième année, et fait remarquer qu'à partir de cet âge les hommes ont plus de chances de préservation que les femmes.

Jusque-là, comme on le voit, les auteurs ne sont pas prolixes sur la folie des vieillards. Ils ne l'étudient pas, se contentant d'en constater la rareté.

Guislain, sans ouvrir sur ce sujet un chapitre spécial, enseigne, dans ses *Leçons orales sur la phréno-pathie*, que la mélancolie prend souvent chez les gens âgés une forme atonique et incurable. Il indique les signes principaux auxquels on peut reconnaître le passage à la démence.

Pour Marcé aussi, les accès de mélancolie, survenus après 60 ans, aboutissent presque toujours à la démence.

Dans l'article de Calmeil sur la lypémanie, on ne trouve guère sur la question qui nous occupe que des renseignements statistiques. Sur 200 mélancoliques, il dit en avoir trouvé 29 âgés de plus de 55 ans, c'est-à-dire environ le septième : la proportion est considérable.

Schüle réserve, dans son *Traité des maladies mentales*, un chapitre à la forme sénile de la mélancolie. C'est une description assez substantielle, quoique un peu diffuse et trop courte. En outre, comme pour cet auteur, la sénilité est synonyme de vieillesse, il faut reconnaître que son tableau n'embrasse pas tous les faits. Car on trouve des vieillards qui présentent des formes de mélancolie plus vivaces, plus rapprochées des formes d'adultes que celles dont il donne la monographie. Cependant, tel qu'il est, son type sénile est un bon cadre nosologique, où peuvent entrer la plupart, sinon tous les cas observés.

Ball, dans ses *Leçons sur les maladies mentales*, dit : « La folie est peu commune chez les vieillards, mais par compensation, on peut affirmer que, sur trois personnes âgées, il en est au moins une qui présente des

irrégularités de caractère ou des lacunes intellectuelles qui permettent d'affirmer que l'esprit n'est pas absolument sain. »

M. Mairet, dans sa thèse d'agrégation sur la *Démence Mélancolique*, décrit un type d'état mélancolique, qui se rapproche de la forme sénile qui fait l'objet de notre thèse.

Il serait caractérisé par trois éléments, associés dans des proportions variables et qui sont : un délire mélancolique, à forme lypémaniaque, maniaque ou de persécution ; un affaiblissement radical de l'intelligence ; et des troubles somatiques, tels que des paralysies localisées, la chute d'une seule paupière, la flaccidité des traits de la face, de l'embarras passager de la parole, de l'inégalité pupillaire et parfois des attaques apoplectiformes ou épileptiformes. Cette maladie rappelle ainsi beaucoup la paralysie générale et en même temps les mélancolies séniles avec démence consécutive ; mais M. Mairet en fait une entité morbide, qui aurait une anatomie pathologique spéciale. Il a trouvé à l'autopsie de ses malades surtout les lésions propres à la paralysie générale ; mais au lieu d'être diffuses comme dans cette dernière, elles seraient limitées à certaines régions, dont la désorganisation produirait les symptômes moteurs localisés. Nos observations offrent bien des points communs avec celles de M. Mairet ; mais elles ne présentent pas ces paralysies motrices, sur lesquelles insiste particulièrement cet auteur. En outre, nous n'avons pu encore faire l'autopsie de nos sujets pour décider si les lésions anatomo-pathologiques présentent, chez eux, des ressemblances ou des différences avec celles décrites par M. Mairet.

M. Ségla, tout en admettant que les accès mélancoliques que l'on observe chez les vieillards ne sont que les prodromes d'une démence à plus ou moins longue échéance, fait remarquer qu'il en est en tout point d'analogues pour la forme à ceux qu'on peut étudier chez les adultes.

Dans un récent article, M. Furstner s'est occupé des psychoses séniles. Le résultat de ses recherches est qu'il ne croit pas qu'il y ait des maladies mentales propres aux vieillards. Sans vouloir actuellement résoudre la question, il pense que les formes observées chez ces derniers sont les mêmes que celles constatées chez des personnes plus jeunes. Malgré cette opinion générale, il donne dans le cours de son étude, quelques symptômes, fréquemment notés chez ses vieux, qui se rapprochent beaucoup des caractères décrits par Guislain et Schüle.

En résumé, la plupart des aliénistes, qui ont parlé des psychoses des vieillards, admettent que les maladies mentales peuvent affecter chez ces derniers des formes semblables à celles des adultes, mais peuvent présenter aussi une physionomie spéciale, assez distincte pour autoriser la création d'un type à part.

Nos observations confirment, comme on le verra plus loin, cette opinion générale des psychiatres, dont nous avons relaté brièvement les idées. Chez les malades dont nous publions les observations, les états mélancoliques ont des caractères assez tranchés pour les différencier des lypémanies ordinaires des adultes. Mais nous avons aussi rencontré, dans le cours de nos exa-

mens, des formes en tout semblables à celles que l'on observe chez ces derniers (1). Et cependant toutes ces malades avaient dépassé l'âge de 55 ans; de plus, ce n'étaient pas constamment les plus vieilles qui présentaient les états mélancoliques les plus nettement séniles.

Nous ne pensons donc pas qu'il y ait des formes mélancoliques propres aux vieillards, ou du moins à tous les vieillards. D'ailleurs comment la vieillesse imprimerait-elle une physionomie spéciale aux maladies mentales, si ce n'est par la déchéance physique et psychique qu'elle tend à faire subir aux individus qu'elle frappe?

Or, l'on sait combien cette déchéance varie d'intensité chez des personnes d'âge égal. C'est ce qui rend si difficile la limitation précise de la vieillesse, envisagée dans les modifications dégénératives qu'elle détermine d'une façon très irrégulière. Il est des vieillards de 70 ans, chez lesquels les fonctions physiologiques et intellectuelles s'accomplissent avec la régularité de l'âge mûr, tandis que d'autres sont usés à 55 ans.

Aussi est-il nécessaire de distinguer la vieillesse proprement dite de la sénilité. Celle-là indique un processus complexe de régression biologique, qui peut survenir d'une manière précoce ou tardive. Les vieillards

1. Nous n'avons pas cru devoir rapporter ici ces observations, qui n'entraient pas dans le cadre de notre mémoire. D'ailleurs les relations de mélancolie à forme d'adulte ne sont pas très rares dans la littérature médicale; on en trouvera dans la collection des *Annales médico-psychologiques* et les thèses de MM. Goudal et Thivet.

dont les artères, les muscles, les glandes, les viscères, et aussi le cerveau ont conservé intactes leur structure et leur fonction, ceux dont les divers actes de la nutrition s'accomplissent normalement, ceux-là devenus aliénés réagiront à la façon des adultes, et présenteront des formes mentales analogues.

Mais les autres dont les tissus ont subi ce travail d'atrophie et de désintégration propre à la sénilité se comporteront d'une manière différente.

La sénilité doit donc être envisagée comme une dégénérescence pouvant modifier l'allure des psychoses tout comme les autres causes dégénératives, telles que les fièvres infectieuses ou l'hérédité. Nous ne voulons point dire par là que les formes séniles de la mélancolie doivent être semblables à celles que M. Magnan et ses élèves décrivent chez les adultes dégénérés.

Mais nous croyons que le plus souvent la dégénérescence sénile imprime aux mélancoliques des caractères propres à elle-même et dont nous allons bientôt nous occuper.

Et, d'abord, que faut-il entendre par sénilité?

D'une manière générale, on peut dire qu'elle est constituée par ce complexus anatomo-physiologique que l'on rapporte ordinairement à la vieillesse.

Nous n'avons pu décrire les différentes altérations anatomiques, qui sont connues de tous. Il existe une atrophie générale de l'individu, portant sur les muscles, le squelette, les poumons, le foie, et même sur le système nerveux, tant central que périphérique. Le cœur et les reins échappent à cette diminution de volu-

me. L'atrophie simple des éléments musculaires et probablement aussi nerveux est secondairement suivi de leur dégénération par infiltration pigmentaire ou graisseuse et par des incrustations calcaires. Cependant les éléments fibreux semblent échapper à ce processus et même tendraient à prédominer.

Un fait constant qui est la résultante de ce travail, est l'athérome des artères, dont une des plus fâcheuses conséquences est la mauvaise nutrition de l'encéphale. Dans cette progressive désorganisation de tous les tissus, où les phénomènes biologiques sont ralentis, le cerveau pâtit comme les autres organes, et l'on conçoit aisément que des troubles de l'intelligence suivent parallèlement les désordres physiques.

En effet, la mémoire faiblit. Les conceptions sont moins rapides, les associations d'idées plus rares, l'imagination perd de sa vivacité, et enfin la volonté elle-même devient moins ferme, plus capricieuse. C'est alors que s'établit ce tempérament intellectuel des vieillards, mais non pas de tous, seulement des séniles, c'est-à-dire de ceux que la désorganisation des tissus a le plus atteints. Car, en cela comme dans tous les phénomènes de la vie, il n'est pas de limitation tranchée. *Natura non facit saltus.*

Voilà donc bien constitué un *cerveau invalide* dans le sens de Schüle. De même que la pneumonie n'éveille pas la même réaction chez les séniles et chez les adultes, de même un accès de mélancolie déterminera chez les premiers des symptômes différents que chez les seconds. Tout de suite l'affaiblissement de la mémoire

sera évidente et se manifestera par des actes extravagants, par de l'incohérence de langage.

Les conceptions délirantes seront absurdes et peu renouvelées, mal soutenues par des associations d'idées restreintes et mal coordonnées, alors que « chez le mélancolique à cerveau valide les idées délirantes sont logiques, naissent du trouble moral éprouvé, et satisfont le malade, qui y trouve une explication de son état (1). » Enfin la faiblesse et l'hésitation de la volonté se traduiront par des impulsions soudaines et vite apaisées, par des tentatives niaises de suicide par exemple.

Ainsi la psychologie du sénile pouvait faire prévoir et explique réellement la façon dont il se comporte dans le cours d'une psychose.

Mais ce n'est point là une simple hypothèse, et, outre les observations cliniques que nous donnerons plus loin, les descriptions, laissées par les rares auteurs qui se sont occupés des maladies mentales des vieillards, font bien ressortir l'exactitude des caractères principaux que nous avons donnés au type sénile.

Furstner cite, comme très fréquentes dans les mélancolies des vieillards, la diminution de la volonté, des tentatives de suicide empêchées par manque d'énergie ou absence de précautions, ce qui prouve l'affaiblissement intellectuel.

Schüle décrit aussi des mélancoliques séniles comme agissant à l'instar des enfants, sujets aux impulsions,

1. Schüle. *Traité des mal. ment.*, p. 11.

coléreux, monotones dans leurs plaintes, automatiques et psychiquement déchus.

Enfin l'on trouve des remarques analogues à celles-là dans Guislain.

On peut donc admettre que la sénilité a une physiologie physique, psychique et pathologique bien à elle. Les causes de cette dégénérescence sont d'abord l'âge, mais seulement comme condition et non pas comme cause directe et efficiente. Tous les surmenages physiques et psychiques en font hâter le développement. Les maladies infectieuses ou chroniques, les lésions du cœur, les intoxications, telles que l'alcoolisme, toutes les causes enfin de dénutrition contribuent à son apparition plus ou moins précoce. Il n'est pas besoin d'insister sur les lésions organiques du cerveau, dont l'action générale dystrophique s'ajoute à l'action locale directe et détermine une sénilité précoce. Enfin, l'instruction et l'intelligence sont pour beaucoup dans le recul plus ou moins considérable de la sénilité.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous allons d'abord donner deux observations qui préciseront le type sénile et montreront en même temps deux physionomies un peu différentes, quoique présentant assez de liens communs pour justifier une même description.

Voici d'abord la première, où l'on voit la maladie prendre d'emblée la forme sénile.

OBSERVATION I

Lam..., 75 ans.

Pas d'hérédité connue.

Fièvre typhoïde à 20 ans. Illettrée.

La malade a travaillé beaucoup dans sa vie ; jusqu'à l'âge de 50 ans, elle bordait des souliers, tout en prenant soin de son ménage et de ses deux enfants. Elle passait même des nuits pour finir son ouvrage. Dans les derniers temps elle vivait avec sa bru, dont elle gardait les quatre fils. Quelques mois avant son entrée à Sainte-Anne, qui eut lieu le 1^{er} décembre 1884, elle perdit successivement son fils âgé de 30 ans, et sa fille âgée de 26 ans, deux morts qui l'affectèrent beaucoup.

C'est sur cet organisme débilité par une longue vie de travaux physiques et déprimée par deux commotions morales intenses qu'un état mélancolique évolua avec une allure particulière.

Voici une note prise sur elle à son entrée à l'asile.

« Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. Incohérence. Confusion dans les idées. Turbulence. Incapacité de se diriger, de pourvoir à ses besoins. »

A ce moment elle pleurait sans cesse. Elle était dans un état de profond découragement et avait des craintes continues qu'il lui arrivât malheur. Elle refusait de manger. Plusieurs fois elle eut l'impulsion de mettre le feu. Quelque temps après son arrivée à Sainte-Anne elle eut une période d'excitation pendant laquelle elle frappait aux portes, criant, prononçant des paroles incohérentes.

Aujourd'hui, ce qui domine chez elle c'est l'affaiblissement intellectuel. Elle a oublié la date de la mort de ses enfants, celle de son arrivée à Sainte-Anne. Elle est apathique et répond avec lenteur aux questions qu'on lui pose. Les sentiments affectifs paraissent éteints chez elle.

Tout son délire mélancolique ancien se traduit maintenant par un état hypocondriaque monotone. Elle répète toujours qu'on la fait trop manger, que cela lui donne des pesanteurs dans le ventre, qu'on la fera mourir, etc. ; ces phrases reviennent à chaque instant au cours de notre interrogatoire.

Au point de vue physique, la malade est un type de sénile. Amaigrie, desséchée, la peau terreuse, c'est une petite vieille ratatinée, affaiblie musculairement, et qui marche difficilement. Les artères sont très flexueuses, dures au toucher. Le plateau d'athérome est très net sur le tracé sphygmographique de sa radiale. Gérontoxon développé. Plus de dents depuis quelques années. Les cheveux sont rares et tout blancs.

Les traits de la figure sont affaissés, les paupières tombantes, le regard morne. Réflexe patellaire presque aboli. La sensibilité cutanée est très diminuée. L'audition est affaiblie, ainsi que la vision.

Ce que l'on remarque dans cette observation, c'est l'affaiblissement intellectuel du début, les impulsions insolites, les phases d'excitation, au milieu d'un délire mélancolique vague. Tous ces caractères, nous allons les retrouver dans l'observation suivante ; mais au lieu de se présenter dès le commencement de l'accès mélancolique, ils ne surviennent que secondairement après une phase lypémanique presque semblable aux formes d'adultes.

OBSERVATION II

Lé..., 72 ans.

Pas d'hérédité connue.

Fièvre typhoïde à 35 ans. Ménopause à 42 ans. A mené une vie très active, d'abord à la campagne, puis à Paris, où elle a travaillé dans des fabriques de papiers jusqu'à son entrée à Sainte-Anne.

Illettrée. Ne sait ni lire ni écrire.

Entrée à Sainte-Anne le 18 mai 1877 à l'âge de 58 ans.

Le certificat de Lasègue est ainsi conçu :

« Lypémanie, mutisme absolu. Refus des aliments. »

La malade était inquiète, agitée. Elle avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Des gens venaient la chercher. On l'injurait, on la menaçait. Elle entendait des cris terribles, et assistait à des scènes qui l'épouvantaient.

Peu à peu, ce délire intense se transforma. Il y eut des périodes de dépression suivies de périodes d'excitation, pendant lesquelles la malade criait, injurait les autres malades, avait des impulsions à marcher, à se livrer à des actes excentriques.

Puis, en 1880, elle présenta des signes notables d'affaiblis-

sement intellectuel, elle tenait des propos incohérents et paraissait marcher vers la démence, tandis que le délire s'effaçait. Maintenant elle est toujours triste, mais d'une tristesse apathique, où apparaissent des préoccupations hypocondriaques. Elle se plaint de douleurs vagues et revient souvent sur ce sujet. Mais l'affaiblissement de la mémoire est manifeste. La malade donne difficilement des renseignements sur les principaux faits de sa vie.

Son attitude est affaissée, le regard sans expression. Elle parle peu et lentement. La face est bouffie, avec des varicosités prononcées aux joues ; les traits sont affaissés. OEdème des jambes. Tracé sphymographique de la radiale très nettement athéromateux. Gêrontoxon. Battements du cœur irréguliers.

Les dents sont presque toutes tombées. La force musculaire a beaucoup diminué dans ces derniers temps.

Une remarque à faire à propos des deux observations précédentes est celle touchant l'étiologie. Dans les deux cas, nous avons affaire à des femmes surmenées physiquement au moment de l'explosion du délire mélancolique. On conçoit que le terrain soit propice à l'évolution d'une psychose à réaction torpide d'emblée ou secondairement. Ces organismes fatigués ne peuvent fournir longtemps un délire bruyant, qui se monotone vite après un éclat passager.

D'ailleurs cette étiologie est banale, et nous la rencontrons dans la plupart de nos cas.

Il faut encore noter, dans l'étiologie des mélancolies séniles, la coexistence fréquente des chocs moraux, qui tendent encore à déprimer le système nerveux des malades déjà physiquement affaiblis.

Mais ce qui frappe surtout quand on rapproche les observations de nos formes séniles, c'est la proportion considérable de femmes illettrées, peu intelligentes avant leur maladie mentale, et ayant toute leur vie mené une vie physique grossière. On observe, au contraire, dans les formes d'adultes survenant chez des vieilles, un développement intellectuel plus grand, un milieu social antérieur plus élevé. Il semble que ces antécédents aient protégé en quelque sorte les malades contre un affaiblissement mental trop précoce et leur aient permis de construire un délire plus original, plus large d'horizon.

Voici une autre observation où les deux influences de surmenage physique et d'état intellectuel inférieur peuvent être notés comme étiologie de la forme mélancolique sénile.

OBSERVATION III

Dub..., 66 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père serait mort gâteux ?

Ménopause à 45 ans. Nombreuses attaques de rhumatisme antérieur.

Opérée d'un polype utérin à l'âge de 53 ans. 3 enfants.

A travaillé à la campagne jusqu'à 44 ans. Venue à Paris, elle était journalière ; ses journées commençaient à 6 heures du matin, et jusqu'au soir 9 heures elle était sur pied.

Absolument illettrée, elle a toujours été d'une intelligence médiocre.

Toulouse

A son entrée à Sainte-Anne (mars 1884), elle présenta un délire mélancolique avec préoccupations hypocondriaques.

Parfois, accès d'excitation. Dès le début, l'affaiblissement de la mémoire fut noté. Elle gémissait sans cesse, se plaignait, manifestait des craintes vagues pour l'avenir. A un moment, comme elle refusait de manger, on a dû la nourrir à la sonde. Parfois elle se livrait à des actes excentriques ; et un jour notamment elle voulut se coucher dans le lit d'une autre malade.

Aujourd'hui la mémoire est affaiblie, très méfiante, elle tient continuellement son tabac à priser dans sa main de peur qu'on ne le lui prenne.

Turbulente, elle prononce des paroles incohérentes quand elle est seule. Elle se plaint de misères qu'on lui ferait dans le service. Répète toute la journée qu'elle voudrait partir, et me demande de l'emmener ; mais malgré cela ne se trouve pas mal à l'asile et dit tenir beaucoup à la vie.

Comme signes de sénilité il faut noter des artères très athéromateuses, une cataracte, un gérontoxon développé.

Varicosités cutanées. Audition diminuée. Abolition du réflexe patellaire ; affaiblissement de la sensibilité tactile.

Si nous étudions maintenant les autres causes qui peuvent imprimer à l'évolution d'un délire mélancolique le cachet spécial de sénilité, nous citerons l'alcoolisme, qui agit par la déchéance dont il frappe les individus intoxiqués chroniquement. En voici un exemple.

OBSERVATION IV

Ver..., 70 ans.

Pas d'hérédité connue.

Ménopause à 43 ans. Pleurésie à 41 ans. 4 enfants. Habitudes d'alcoolisme.

Entrée à Sainte-Anne le 16 septembre 1876.

Dès le début, idées mélancoliques avec affaiblissement intellectuel.

Ennui profond. Découragement. Se plaint beaucoup d'une gastrite chronique, probablement d'origine alcoolique. Turbulente par moments. Irritable.

Aujourd'hui la malade donne difficilement des renseignements sur les principaux faits de sa vie. Elle répète avec insistance qu'on l'a fait passer pour folle parce qu'elle aurait vendu des reconnaissances du Mont-de-Piété. Elle est sujette aux étourdissements.

Son état physique est très affaibli. Pâle, maigre, elle a l'aspect d'une aortique. Elle a d'ailleurs une insuffisance aortique. Athérome développé. Gêrontoxon. OEdème des malléoles. Tremblement des mains et de la langue. Pituite.

L'observation qui suit peut être rapprochée de celle que nous venons de relater.

OBSERVATION V

Gér..., 63 ans.

Pas d'hérédité connue.

Ménopause à 52 ans. 5 enfants. Surmenage physique. Habitudes d'alcoolisme.

La mort de son mari en janvier 1888 l'aurait beaucoup affectée. Elle était devenue triste, ne parlait à personne et désirait mourir, disant que la vie lui était à charge. Elle sortait la nuit pour aller acheter des bougies, dont elle avait plusieurs paquets chez elle.

De même elle emplissait ses armoires de pain, qu'elle ne mangeait pas. Elle se déshabillait devant des voisins. Très méfiante, elle cachait ses affaires. Tout en se livrant à ces actes excentriques à caractère démentiel, elle présentait du délire mélancolique très net, ayant des appréhensions vagues, répétant à sa fille : Ils vont m'empoigner, ils vont venir.

Elle était sujette aux vertiges et tombait souvent.

Elle fut admise à Sainte-Anne le 3 novembre 1890.

Les symptômes constatés furent les suivants :

« Mélancolie. Dépression. Désespoir. Actes inconscients. Idées confuses de persécution. Extravagances. Apathie. Indifférence. Reste toute nue. »

LEGRAS.

« Mémoire affaiblie. Elle ignore certains faits simples, la concernant et de date récente. Craintes sur son avenir. Confusion dans les idées. Peu de soin de sa personne. Elle répond avec peine aux questions qu'on lui pose. Pas de trouble de la motilité. *Signes de sénilité précoce*. Aorte athéromateuse.

BOUCHEREAU.

Dans ces deux bulletins on voit condensés les principaux caractères de la forme sénile dont nous nous occupons.

Aujourd'hui le délire mélancolique a disparu. La malade présente cependant toujours un affaiblissement intellectuel notable.

Physiquement, elle paraît aller mieux. Athérome développé. Tremblement des doigts et de la langue. Les vertiges sont plus rares.

Comme les alcooliques, les congestifs, qui sont menacés par une lésion artérielle de l'encéphale, ont un cerveau en état de moindre résistance et incapable de réagir franchement sous l'impulsion d'une psychose. Nous allons lire une observation intéressante à ce sujet où l'on remarquera en outre une tendance héréditaire manifeste.

OBSERVATION VI

Cha..., 71 ans.

Hérédité. — Père suicidé probablement dans un accès de mélancolie. Fils suicidé à 24 ans de la même manière. Frère mort hémiplegique après une période de délire mélancolique.

Ménopause à 40 ans. 5 enfants. Fièvre typhoïde à 14 ans. Lingère; travaillait beaucoup. Presque illettrée. Après la mort de son fils (1879), la malade est devenue mélancolique. Elle pleurait sans cesse, était désespérée, et a eu à plusieurs reprises des idées de suicide. Elle ouvrait la fenêtre de sa chambre dans le but de se jeter dans la rue, mais n'avait jamais la force de le faire.

A son arrivée à Sainte-Anne, on nota de l'affaiblissement intellectuel avec quelques idées mélancoliques et de persécution. Elle voyait toutes les nuits son fils mort qui l'appelait.

Aujourd'hui la tristesse est remplacée par de l'apathie intellectuelle et affective. La malade ne se rappelle pas tout de suite combien elle a eu d'enfants et d'autres faits importants de sa vie. Elle est satisfaite d'être à l'asile, où elle se trouve bien.

Sa face est congestionnée, avec des varicosités développées aux joues. La malade se plaint d'être sujette à des étourdis-

sements et surtout à des congestions céphaliques, pendant lesquelles ses joues brûlent, dit-elle. Elle a parfois des fourmillements dans les membres supérieur et inférieur gauche. La pression de la main gauche est un peu moins forte que la droite ; et elle sent moins de ce côté du corps. Mais tout cela est très peu accusé. La santé générale paraît assez bonne. Il y a un léger embonpoint. Athérome. OEdème des jambes. Gêrontoxon. Réflexe patellaire affaibli. Paupières baissées. Regard terne. Attitude affaissée.

Si nous passons maintenant aux états mélancoliques, coexistant avec des lésions organiques du cerveau, nous remarquerons combien ils se rapprochent de la forme sénile, dont nous avons donné déjà quelques exemples. Et cela ne surprend point, car dans ces cas, le cerveau est réellement *invalidé*, déchu anatomiquement et d'une façon totale, car il est bien rare que la lésion locale ne retentisse pas sur tout l'encéphale. Aussi, l'âge, qui si souvent marche parallèlement avec la sénilité, n'est quelquefois pas élevé chez ces malades.

Il n'est pas rare d'observer des personnes d'une cinquantaine d'années, présenter en même temps que des symptômes d'une lésion circonscrite du cerveau, un délire mélancolique à type sénile. Nous allons en donner un exemple.

OBSERVATION VII

Gér..., 52 ans.

Pas d'hérédité connue.

Ménopause à 50 ans. Il n'existe pas de signes probants d'une syphilis antérieure.

Il y a trois ans, la malade a eu une hémiplegie droite, avec aphasie probablement motrice. La paralysie a disparu au bout d'un mois, en même temps que l'aphasie s'est dissipée, quoique plus lentement. Mais l'état mental consécutif ne paraissait pas s'être ressenti beaucoup de cet accident pathologique.

L'année dernière, en août, nouvelle attaque d'hémiplegie droite avec aphasie. Les mouvements sont revenus peu à peu un mois après, tandis que l'aphasie n'est pas encore disparue. Depuis cette époque, la malade a présenté des troubles intellectuels. Son émotivité était exagérée; elle pleurait souvent et avait des appréhensions vagues, redoutant des malheurs imaginaires.

La malade croyait qu'on lui volait son linge, et, devenue très excitable, elle faisait des scènes continuelles à son entourage. Elle disait aussi que les locomotives de la gare de Sceaux transportaient des morts.

Le soir, quand elle se tenait à une certaine fenêtre, elle voyait toujours deux hommes qui restaient dans un coin de la rue et dont elle s'inquiétait beaucoup.

Depuis son entrée à l'asile (27 mars 1894), elle a présenté des signes d'affaiblissement intellectuel notable et surtout de la mémoire, avec des périodes d'excitation alternant avec des phases de dépression mélancolique. Elle a des sanglots incoercibles, durant parfois plus d'une heure; parfois elle s'emporte contre les personnes qui l'entourent.

Actuellement la malade pleure quand on lui parle de ses enfants. Elle dit ne pas se rappeler les locomotives de la gare de Sceaux chargées de cadavres. Elle est plus calme, mais sa mémoire paraît toujours très affaiblie.

Nous avons dit que son aphasie ne s'est pas encore dissi-

pée. La malade reconnaît les lettres d'un mot écrit, mais ne peut le nommer ; elle lit pourtant le sien. Elle ne peut non plus rien écrire, et, quand elle essaye, aboutit à des formes de lettres incohérentes et sans signification précise. Cependant elle comprend ce qu'on lui dit, mais éprouve une très grande difficulté à s'exprimer, s'impatientant quand elle ne trouve pas le mot dont elle a besoin. Il y a donc de l'agraphie et de l'aphasie motrice incomplète.

Les muscles droits de la face sont tombants, affaissés ; et la main droite serre avec moins de force que la gauche.

La sensibilité est égale des deux côtés. Vision diminuée à droite. Réflexe patellaire exagéré. Pupille plus dilatée à droite.

Le cœur bat irrégulièrement ; le deuxième bruit à la base est éclatant. OEdème considérable des jambes.

Les artères sont athéromateuses, dures au toucher. Gérontoxon. Ptérygion. Opacité du cristallin droit.

Ainsi qu'il ressort de ces sept premières observations, la forme sénile de la mélancolie évolue sur les organismes nettement débilités. L'athérome très manifeste des artères, simple ou accompagné de lésions cardiaques, d'opacités cristalliniennes et de troubles circulatoires divers, se rencontre toujours. Parfois il est évidemment sous la dépendance de l'alcoolisme ; dans les autres cas, on ne peut que l'attribuer à l'âge, qui masque peut-être la véritable étiologie.

Les causes prédisposantes, qui semblent jouer un rôle important dans le développement de ces formes mélancoliques, sont d'abord un surmenage physique, que nous avons fréquemment rencontré, et qui est lui-

même associé à un état mental antérieur médiocre, une intelligence peu cultivée.

Les poussées congestives, les excès de boisson, les lésions circonscrites, dont nous avons rapporté des exemples, peuvent aussi accompagner ou peut-être même développer spontanément les délires mélancoliques.

A côté de ces causes, qui paraissent surtout agir comme causes occasionnelles, comme condition de la forme psychopatique, il nous paraît légitime de placer les maladies de cœur, qui, par la déchéance générale où elles mettent l'organisme, préparent le terrain à l'évolution d'un délire à forme sénile. Nous allons relater une observation à l'appui de cette opinion.

OBSERVATION VIII

Til..., 57 ans.

Une tante avait été aliénée.

Ménopause à 48 ans.

Lessiveuse de profession, elle a travaillé toujours beaucoup.

Quelque temps avant de tomber malade, elle avait l'haleine courte et les jambes enflées, surtout à la fin de la journée. Elle souffrait de palpitations de cœur et a même eu à un moment des crachats sanguinolents. Son état mélancolique est survenu en janvier 1889, au moment où tous ces symptômes étaient très accusés. Elle se montrait très préoccupée de sa santé, très triste ; elle ne travaillait plus, ayant des craintes imaginaires portant surtout sur son état physique. La nuit elle ne dormait pas, ayant des cauchemars qui la réveillaient dans un état d'angoisse excessive. Elle se déshabillait à tout instant, et se met-

tait nue à la fenêtre. Parfois elle mangeait beaucoup ; et parfois au contraire elle refusait toute nourriture, sous prétexte que cela lui faisait mal. A cette époque, quelques idées de suicide l'ont assaillie ; elle parlait alors de se tuer pour mettre fin à ses souffrances.

Entrée à Sainte-Anne le 5 mars 1889, son état mental s'est peu à peu amendé en même temps que les œdèmes des jambes disparaissaient progressivement, sous l'influence du régime régulier et reposant de l'asile.

Aujourd'hui elle est calme, moins triste, mais toujours un peu inquiète sur sa santé. Sa face est bouffie. Le pouls est petit, irrégulier. Souffle à la pointe au premier temps, se prolongeant vers l'aisselle. L'œdème sus-malléolaire est léger.

Un peu de congestion pulmonaire aux deux bases.

Peu d'athérome. Réflexe patellaire disparu. Sensibilité émoussée.

Après ces considérations étiologiques sur la mélancolie à forme sénile, nous allons en envisager la symptomatologie et tâcher d'en déterminer la marche. Ce qui caractérise cette forme, c'est, comme on l'a vu dans nos observations, l'affaiblissement intellectuel qui apparaît soit d'emblée au milieu du délire, soit après une courte évolution. Cet affaissement des facultés mentales est différent de celui que l'on peut rencontrer dans d'autres états mélancoliques. Il n'est pas en rapport avec l'intensité du délire, comme dans certaines stupeurs lypémaniques. Le malade, dont on peut fixer l'attention facilement, cherche à donner les renseignements qu'on lui demande, mais il ne peut trouver dans sa mémoire es faits sur lesquels on le questionne.

Il est d'ailleurs le plus souvent conscient de son état, et répond uniformément : « Je ne me rappelle pas, je ne me souviens pas, j'ai oublié. » En outre cet affaiblissement est persistant. Il n'y a pas de moment où il rétrocede complètement. Même dans les périodes de calme, lorsque le malade paraît très amélioré, on remarque toujours des trous dans sa mémoire. Cet affaiblissement intellectuel fondamental est, en outre, comme nous le verrons tout à l'heure, d'un pronostic fâcheux au point de vue de la curabilité de l'état mélancolique.

L'apathie affective est aussi commune. Parfois cependant on remarque de la sensiblerie, mais le plus souvent les malades deviennent indifférents, ne s'occupent plus de ce que deviennent leurs proches et, quand ils sont avec ces derniers, ils ne s'informent plus comment ils vivent, ce qu'ils font, quels sont leurs soucis et leurs chagrins. Ils se trouvent bien à l'asile et ne désirent pas en sortir (Obs. VI).

Un égoïsme étroit les envahit ; et leurs seules préoccupations ont pour objet leur santé.

Le délire subit une évolution analogue. Généralement il est peu intense. Les hallucinations sont rares et revêtent peu souvent un caractère franc d'extériorité.

Elles sont confuses et surviennent surtout la nuit, dans un état intermédiaire entre le sommeil et la veille, si bien que les malades ne savent pas vous dire s'ils ont des cauchemars ou s'ils ont de vraies hallucinations nettement objectivées (Obs. IX). On n'observe pas de ces délires dramatiques, terrifiants, ou l'échafaud se dresse, où le glas sonne, où l'on égorge des personnes

chéries. Le plus communément, ce sont des craintes vagues, des appréhensions, ou bien des remords, des culpabilités imaginaires (Obs. III, V, VII et X).

Mais ce qui frappe dans la plupart des observations, c'est l'étroitesse d'horizon du délire. Il ne sort pas d'un petit nombre de faits et se monotone vite.

La plupart de ces malades ont une physionomie niaise, répétant à tout propos des propos enfantins (Obs. III) montrant des peurs ridicules ou geignant comme des ramollies, ainsi que la malade dont voici l'observation.

OBSERVATION IX

Gra..., 65 ans.

Pas d'hérédité connue.

Ménopause à 50 ans. Fièvre typhoïde à 12 ans. Pas d'enfants.

Surmenage physique avant son entrée à Sainte-Anne (17 mai 1891).

Elle est fatiguée depuis un an, époque à laquelle elle a commencé à se plaindre de fourmillements, d'essoufflement, de palpitations de cœur. Œdème des jambes depuis plusieurs jours.

La malade se lamente, pleurant à tout instant, et répète sans cesse les syllabes ya-ya.

Rien ne peut la tirer pour quelque temps de cet état. Après avoir répondu à une question, elle recommence à gémir et à pousser des ya-ya, sur un ton dolent et monotone.

La nuit, elle voit des gens qui veulent lui faire du mal.

Mais elle ne sait pas me dire si c'est en dormant qu'elle a ces visions, non plus que le mal on veut lui faire. Tout cela

est confus, trouble. Il y a des préoccupations hypocondriaques. La malade revient toujours sur *l'état mauvais de ses nerfs*.

Voici le certificat d'admission :

« Hallucinations de la vue. Idées de persécution. Turbulence nocturne. Actes désordonnés. Croit qu'on va lui ouvrir le ventre. »

La mémoire paraît très affaiblie.

Au point de vue physique, nous constatons de l'athérome, de l'œdème des jambes, un souffle au deuxième temps à la base.

Hypéresthésie de la peau. Les traits de la face sont affaîsés, les paupières tombantes.

Les idées hypocondriaques sont très communes dans la forme sénile de la mélancolie. Tantôt (Obs. III) elles apparaissent au début de la maladie en même temps que les perversions de la sensibilité, dont sont conscients les malades et sur lesquelles elles se greffent. Tantôt (Obs. II) elles surviennent plus tardivement, lorsque la période active de l'état mélancolique a fait place à une phase plus torpide, ou domine l'affaiblissement physique et psychique. Les malades interprètent alors leurs vagues sensations de malaise, qui accompagnent chez les séniles le sourd travail de régression, qui s'opère dans leurs organes. Ainsi la malade de l'observation I répétait, dès que nous l'interrogeons sur sa santé, qu'on la faisait trop manger, qu'elle ne pouvait pas supporter tant de nourriture, qu'on la ferait mourir en la bourrant ainsi d'aliments. Ces idées sont générale-

ment tenaces, et une fois stéréotypées, il est difficile de les faire disparaître.

Les actes désordonnés sont des symptômes presque constants dans la mélancolie sénile.

On observe de la turbulence nocturne ; les malades se lèvent, s'habillent, cherchent à sortir. Parfois ils se livrent à des actes obscènes, mais sans intention érotique. C'est ainsi que la malade de l'observation V se mettait nue devant des voisins. D'autres se livrent à des achats d'objets inutiles. Tous ces actes ont un caractère démentiel, que l'on retrouve dans certains agissements des paralytiques généraux.

Les périodes d'excitation sont fréquentes. Dans ces moments les malades profèrent des injures envers des personnes de leur entourage et se livreraient même à des voies de fait sur ces dernières si on ne les surveillait. Furstner assure que la garde des mélancoliques séniles, en apparence facile, est pleine de danger pour les médecins ou les serviteurs. Mais nous n'avons pas trouvé de cas pouvant entièrement justifier cette opinion.

Les tentatives de suicide sont peu communes et, quand elles sont mises à exécution, elles n'aboutissent pas le plus souvent. Les malades manquent de courage ou de prévoyance dans les préparatifs du suicide.

En général, ils se contentent de désirer la mort, ou s'ils essayent de se tuer, c'est mollement, sans avoir l'énergie d'aller jusqu'au bout.

Voilà les principaux caractères symptomatologiques de la forme sénile de la mélancolie. L'évolution en est

essentiellement chronique. Après une période à réaction plus ou moins bruyante, le délire s'efface, la malade se calme, mais l'affaissement intellectuel demeure. Les symptômes de mauvais pronostic au point de vue d'une démence rapide sont l'affaiblissement mental précédant l'état mélancolique ou débutant avec lui, mais nullement en rapport avec l'intensité du délire ; sa persistance et surtout sa marche progressive ; la fréquence des impulsions insolites, d'actes bizarres à caractère démentiel ; enfin l'affaissement physique, la diminution de la force musculaire, la perte de l'expression des traits de la face.

Voici deux observations où les malades sont arrivées rapidement à un état démentiel prononcé.

OBSERVATION X

Cor..., 71 ans.

Pas d'hérédité connue.

Attaque de rhumatisme articulaire aigu à 40 ans. Ménopause à 50 ans. Pas d'alcoolisme connu.

A fait des ménages toute sa vie, jusqu'à son entrée à l'asile. Illettrée.

Depuis une dizaine d'années, la malade tombait fréquemment dans la rue et dans l'escalier de sa maison. Dans ses chutes, elle s'est un jour fait une blessure au front et une autre fois s'est luxé le pouce. Elle était sujette à des vertiges et il lui arrivait de laisser échapper des objets de ses mains. Après ces crises, sa fille n'a jamais constaté de morsures de la langue. En même temps, la malade se plaignait de douleurs de tête tenaces.

Il y a deux ans environ que son caractère a changé. Elle était encline à une tristesse vague, sans motif, et se montrait rebelle à toute distraction. Elle refusait de manger et voulait mourir parce qu'elle n'était plus digne de vivre. Très souvent elle s'agenouillait devant sa fille et lui demandait pardon du mal qu'elle lui avait fait.

Le 5 juin 1889, on l'a arrêtée errante sur le bord de la Seine, se livrant à des actes excentriques et disant qu'elle allait se jeter à l'eau.

Elle entré à Sainte-Anne le 18 juin 1889. A ce moment, elle était incapable de donner des renseignements sur sa famille ainsi que de dire son âge. Elle se plaignait de son entourage : on lui faisait des misères. Ces accusations étaient très vagues. Elle paraissait très incohérente. Elle se déshabillait dans la journée, se levait la nuit.

Le 8 février 1890, nouvelle tentative de suicide. Elle reconnaît qu'elle a des idées tristes sans pouvoir les rattacher à aucune cause. Elle dit : « Je n'ai point de chez moi. »

L'état s'est peu à peu transformé dans ces derniers temps. Aujourd'hui, elle est plus affaissée.

Elle refuse toujours de manger et ne prend des aliments que parce qu'on la force. Elle est de plus en plus affaiblie intellectuellement, et reconnaît de moins en moins les personnes qui l'entourent. De temps à autre elle mâchonne quelques paroles incohérentes. Cependant, lorsqu'on attire son attention, elle comprend ce qu'on lui dit et répond d'une façon assez sensée.

Depuis qu'elle est à Sainte-Anne elle n'est plus tombée.

La malade est très faible et marche difficilement. Il n'y a cependant aucune paralysie motrice localisée. La physionomie est sans expression ; les traits sont lâches et tombants, les paupières abaissées. La voix s'entend à peine ; la parole est hésitante, embarrassée.

Peau sèche ridée. OEdème des jambes. Cataracte double. GÉrontoxon. Varicosités développées aux joues et au nez. Tremblement des doigts et de la langue. Le deuxième bruit cardiaque de la base est éclatant; le premier de la base est soufflant.

Le tracé sphygmographique indique de l'athérome, d'ailleurs très sensible au toucher des artères.

OBSERVATION XII

Jan..., 75 ans.

Pas d'hérédité connue.

Ménopause à 47 ans. 12 enfants.

La malade a toujours eu un caractère méfiant, soupçonneux.

Elle ne confiait pas les clefs des meubles à ses enfants et cachait toutes ses affaires, même des objets de nulle valeur. De caractère froid, elle était peu affectueuse. Avare, elle avait toujours des soucis d'argent et faisait fréquemment des scènes à son entourage au sujet des dépenses de la maison.

Avant de venir à Paris elle travaillait comme journalière à la campagne, en Normandie. Venue à Paris, elle y exerçait le métier de blanchisseuse et avait une grande activité physique. Illétrée.

Ses facultés mentales avaient baissé depuis une dizaine d'années, à tel point qu'elle ne pouvait plus travailler. Mais il y a deux ans environ, après un érysipèle, son caractère, déjà soupçonneux, s'accrut dans le même sens. Elle disait être victime de vols et accusait une voisine de lui prendre son linge. Un jour même elle fut chez le commissaire de police pour déposer une plainte.

En même temps, elle était découragée. La vie lui était à charge. Elle restait des journées entières, très triste, sans parler. Elle parlait de se suicider. Avait des craintes imaginaires.

Un jour, elle mit le feu à son armoire, en cherchant un objet, et accusa un voisin d'avoir allumé cet incendie en tirant un coup de revolver.

A son entrée à Sainte-Anne (16 octobre 1890), on constata des signes d'un affaiblissement intellectuel notable, qui fit tous les jours des progrès.

Aujourd'hui elle ne reconnaît plus sa fille ni ses autres parents. Elle ne peut fournir aucun renseignement sur les faits importants de sa vie. Elle est incohérente, parle toute seule, pleure et rit sans motifs. Les sentiments affectifs paraissent disparus.

Physiquement, c'est une sénile dans toute l'acception du terme. Amaigrie, la peau sèche et ridée, elle marche courbée et difficilement. Athérome très développé. Varicosités à la face. Gérontoxon. Cataracte à gauche. OEdème des jambes. Deuxième bruit de la base éclatant. Emphysème pulmonaire. Force musculaire très diminuée. Sensibilité émoussée. Réflexe patellaire presque disparu.

En général donc la forme sénile de la mélancolie tend vers la démence, si bien qu'on pourrait, dans certains cas surtout (Obs. XI et XII), porter le diagnostic de démence sénile avec idées mélancoliques. Nous ne voyons là qu'une question de terminologie qui nous paraît peu importante. Nous ne croyons pas plus à l'entité morbide de la démence sénile qu'à celle de la mélancolie.

Pour nous il n'y a là-dedans que des états psychopa-

thiques, très protéiques d'aspect, et dont les véritables caractères distinctifs nous échappent. La symptomatologie complexe et variée de la démence sénile, où l'on retrouve, au moins au début de son évolution, tous les délires de l'adulte, les délires mélancoliques, les phases d'excitation maniaque, les délires partiels, tel que l'érotomanie, la kleptomanie, etc., cette symptomatologie si changeante ne diffère de la symptomatologie des psychoses d'adultes que par le fonds de déchéance psychique, intellectuelle et morale, qui apparaît tôt ou tard, et qui est incurable.

Nous en revenons donc à notre conception première de la sénilité. Les déments séniles sont réellement des *séniles*, au sens où nous l'entendons. Ces vieillards, athéromateux et déchus anatomiquement, présentent des états psychopathiques particuliers, dont le caractère et la tendance sont l'affaiblissement progressif de l'intelligence et de l'organisme. Ainsi ils peuvent avoir, entre autres, des états mélancoliques tels que ceux dont nous venons de donner la description.

Nous ne nous sommes jusqu'à présent occupé que des états mélancoliques séniles survenant primitivement chez des vieilles, indemnes de tout accès antérieur. Pour compléter notre description, nous allons relater les observations de deux dernières malades. L'une a eu une forme sénile à l'âge de 63 ans, après avoir traversé deux périodes de mélancolie franche à l'âge de 40 et 41 ans, et l'autre, devenue aliénée avant la vieillesse, à 50 ans, a présenté une lypémanie avec phases alternantes de stupeur et d'anxiété pour aboutir, dans ces der-

niers temps, à une forme sénile nettement caractérisée. Il semble d'après ces cas, que des accès d'aliénation antérieurs ou la longue durée d'une psychose au seuil de la vieillesse, peuvent, tout comme les autres causes de déchéance physique et psychique, modifier le terrain psychopathique et le rendre propre à l'évolution d'un délire à forme sénile.

OBSERVATION XIII

Poi..., 63 ans.

Rien à signaler du côté de l'hérédité.

Peu instruite. Lingère de profession.

Le premier accès mélancolique remonte au mois de septembre 1868. La malade avait alors 40 ans. Elle venait de perdre son mari, ce qui l'avait beaucoup déprimée.

Voici le certificat de la première entrée.

« Délire mélancolique. Idées de persécution. Hallucinations. Tous ses parents sont morts. On cherche à l'empoisonner. On veut la dépouiller de ce qu'elle possède. Elle voit et entend sa mère et son frère qu'on assassine devant elle et qui demandent du secours. Un peu d'excitation par moment. Conscience incomplète de ses actes.

BOUCHEREAU.

Ce délire fut très intense, comme on peut en juger par la lecture du bulletin cité plus haut. Il y avait un état d'anxiété extrême. Les hallucinations étaient terrifiantes, dramatiques. On égorgeait devant les yeux de la malade sa mère et son frère. Elle entendait des cris terribles. La nuit elle ne dormait pas, toujours agitée par une angoisse extrême. Les plus

grands malheurs allaient l'atteindre. Elle s'attendait à tout instant à être jugée, empoisonnée.

Cette crise dura 10 mois. La malade sortit en juin 1869 de l'asile, paraissant complètement guérie des troubles intellectuels de sa maladie mentale.

Mais cinq mois après, nouvel accès de mélancolie.

Voici les certificats délivrés par les médecins au moment du début de ce nouvel épisode.

« Délire mélancolique, avec convictions délirantes de persécution. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. Tristesse. Chagrins. Désespoir. Idées et tentatives de suicide. »

GIRARD DE CAILLEUL.

« Délire mélancolique. Hallucinations de l'ouïe. Idées de persécution. Idées de suicide ».

BOUCHEREAU.

Ce second accès fut presque aussi bruyant que le premier. Cependant les symptômes de dépression furent plus accentués et plus prolongés. La malade paraissait surtout accablée par les injures qu'elle entendait, les menaces dont on l'effrayait.

Sortie de Sainte-Anne le 6 juillet 1870, c'est-à-dire huit mois après, la malade ne recouvra plus complètement ses facultés mentales antérieures. Elle n'était plus capable de fournir un travail sérieux et longtemps continué. Elle se fatiguait vite et avait des absences de mémoire, en sorte qu'elle resta presque entièrement à la charge de son frère. Son caractère même était changé; d'économe, de laborieuse, elle était devenue dépensière, paresseuse, ne prenant point part aux ennuis de ses proches.

Cet état se maintint jusqu'à ces derniers temps. Il y a trois mois elle eut, dit le frère, une fluxion de poitrine, qui la tint quelque temps couchée.

Pendant cette maladie, elle délira ; et dès la convalescence, on remarqua qu'elle était redevenue mélancolique. Elle restait des journées entières dans un coin, affaissée, pleurant par moments. Parfois elle s'étendait sur le lit en disant qu'elle voulait mourir, mais n'essayait pas de se faire du mal.

Entrée pour la troisième fois à Sainte-Anne le 19 mai 1891. Elle est toujours abattue, répétant d'une façon monotone qu'elle désirerait être morte, que tout est fini, tout est perdu. Le symptôme dominant est l'affaiblissement de la mémoire et l'apathie. Elle n'a pas conscience de sa situation et est en même temps instable, d'humeur changeante. La physionomie est niaise. Les traits de la face sont affaissés. Varicosités aux joues. Presque chauve. Athérome artériel. Sensibilité émoussée à la douleur.

OBSERVATION XIV

Bour..., 72 ans.

Ménopause à 52 ans. Illettrée. Coloriste sur dessins. A beaucoup travaillé dans sa vie. Prolongeait tard dans la nuit ses veillées laborieuses. Choléra en 1849.

Entrée à Sainte-Anne le 11 décembre 1879, à l'âge de 50 ans.

A ce moment la malade présentait des hallucinations de l'ouïe. Elle se plaignait d'être poursuivie par des gens qui la menaçaient, qui l'injuriaient. Très triste, elle restait affaissée, découragée de la vie, gémissant sur son sort. En même temps elle avait des préoccupations hypocondriaques, et s'inquiétait beaucoup de douleurs abdominales, d'élancement dans les membres et dans la tête qu'elle ressentait la nuit. Quand elle se réveillait, elle était courbaturée, brisée, comme si elle avait passé toute une journée à marcher.

Durant six ans, cet état mélancolique persista, très intense. Plusieurs phases de dépression avec stupeur alternèrent avec des périodes d'anxiété extrême, pendant lesquelles elle essaya deux ou trois fois de se détruire.

Mais dans ces dernières années, les phénomènes d'agitation et de dépression intenses disparurent peu à peu, pour faire place à des préoccupations hypocondriaques tenaces.

« Les talons lui manquent, elle est trop faible pour travailler, elle ne veut pas parler parce que cela lui fait mal dans le ventre. » Egoïste, elle ne pense qu'à elle, ne parle que d'elle.

En même temps un affaiblissement de la mémoire s'est développé. Elle donne mal des renseignements sur les faits importants de sa vie. Quand on ne l'interroge plus, elle parle toute seule des heures entières.

Très irritable, coléreuse, elle est impatiente de notre interrogatoire. La nuit elle ne dort pas, réveillant parfois ses voisins de dortoir par sa turbulence.

Physiquement, elle est très amaigrie. Peau ridée, sèche. Face jaune. Traits flasques. Tremblements des doigts. Force musculaire très affaiblie. Presque chauve. Opacité du cristallin gauche. Ptérygion. Gérotoxon. Athérome très considérable. OEdème considérable des jambes. Rhumatisme noueux des doigts.

Au point de vue médico-légal, tous ces malades sont irresponsables au même titre que les déments et les paralytiques généraux, dont ils se rapprochent par l'affaiblissement des facultés intellectuelles, commun à ces trois groupes d'aliénés.

Nous n'avons pas, parmi nos mélancoliques séniles, de femmes qui aient été arrêtées pour des délits com-

mis sous l'influence de leurs troubles mentaux. Mais certaines d'entre elles se sont livrées à des actes, qui auraient pu les faire traduire devant la justice. Ainsi la malade de l'observation V, se déshabillait devant des voisins, commettant là un attentat à la pudeur.

On conçoit d'ailleurs que la plupart des délits dont ces malades peuvent se rendre coupables, doivent porter l'empreinte de leur état psychique affaibli et présenter de la niaiserie des mobiles ou même leur absence, ainsi que de la maladresse dans leur exécution.

Les mélancoliques, en général, sont peu dangereux pour les autres. Autant ils se suicident volontiers, autant ils répugnent à l'homicide.

De même les mélancoliques séniles ne nous paraissent pas, malgré l'opinion de Furstner, être capables de menacer sérieusement la vie des personnes. S'ils sont pas moments coléreux et violents, leurs accès d'excitation sont très mobiles et durent peu. En outre, ces malades sont généralement trop affaiblis physiquement pour accomplir un meurtre. Cependant, il est certain que, avec des personnes faibles, des enfants par exemple, ils pourraient se livrer à des actes de violence susceptibles de mettre en danger l'existence de leurs victimes.

CONCLUSIONS

1° Les vieillards, et en particulier les vieilles femmes, sont sujets à une forme spéciale de la mélancolie, qu'on peut appeler forme sénile.

2° Cette forme n'est pas en rapport étroit avec l'âge, mais avec la sénilité, qui, précoce ou tardive, est amenée le plus souvent par des causes physiologiques (vieillesse), mais est parfois hâtée par des causes pathologiques (surmenage physique et psychique ; maladies générales : athérome, alcoolisme, lésions du cœur, maladies de l'encéphale).

3° Elle a une symptomatologie propre, dont les caractères principaux sont : l'affaiblissement intellectuel et physique ; le délire peu intense et monotone, à tendances hypocondriaques ; les hallucinations rares et peu extériorisées ; l'apathie affective ; les impulsions insolites et les actes désordonnés.

4° Elle a une évolution essentiellement chronique et tend plus ou moins lentement vers la démence, dont elle pourrait être considérée souvent comme un épisode de début.

BIBLIOGRAPHIE

- Esquirol.** — *Des maladies mentales*, 1858.
- Georget.** — *De la folie*, 1820.
- Pros.** — *Recherches sur les maladies de la vieillesse*, mémoire de l'Académie de médecine, 1840.
- Durand-Fardel.** — *Traité des maladies des vieillards*, 1854.
- Guislain.** — *Leçons orales sur la phrénopathie*. Gand, 1852.
- Morel.** — *Traité des maladies mentales*, 1860.
- Marcé.** — *Traité des maladies mentales*, 1862.
- Calmeil.** — Art. *Lypémanie* in *Dict. encyclopédique des sc. médic.*, 1870.
- Griesinger.** — *Maladies mentales*, traduction Doumic, 1865.
- Arch. Foville fils.** — Art. *Lypémanie* in *N. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, 1875.
- Lasèque.** — *Etudes médicales*, 1884.
- Ball.** — *Leçons sur les maladies mentales*, 1880.
- Mairet.** — *Démence mélancolique*, 1883.
- Ball et Chambard.** — Art. *Démence* in *Dict. Encycl.*, 1882.
- Goudal.** — *Aliénation mentale chez les vieillards*. Th. Paris, 1884.
- Charcot.** — *Maladies des vieillards*, 1889.

Thivet. — *De la folie des vieillards*, Th. Paris, 1889.

Séglas. — *Psychoses séniles*, in *Progrès médical*, 27 oct. 1888.

Furstner. — *Psychoses des vieillards*, in *Arch. de Psychiatrie allem.* Berlin, 1889, Band, XX, H. 2.

Cotard. — *Maladies cérébrales et mentales*, 1891.

Vu par le Président de la thèse,
BOUCHARD

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

HENRI JOUVE, Imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

